

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Michel BRILL

Né le 12 mars 1909 à Bacau (Roumanie)

N°
124

**INDURATION CUTANÉE CURABLE
DU NOUVEAU-NÉ
PAR TRAUMATISME OBSTÉTRICAL**

ou

**Cytostéatonécrose sous-cutanée traumatique
des nouveau-nés**

Président : M. LEREBoullet, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ
11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

—
1935

121

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Michel BRILL

Né le 12 mars 1909 à Bacau (Roumanie)

**INDURATION CUTANÉE CURABLE
DU NOUVEAU-NÉ
PAR TRAUMATISME OBSTÉTRICAL**

ou

**Cytostéatonécrose sous-cutanée traumatique
des nouveau-nés**

Président : M. LEREBoullet, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ
11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1935

LE DOYEN : G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie.....	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	{ BEZANÇON. CARNOT. CLERC. Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies du système nerveux	NOBECOURT.
Clinique des maladies infectieuses	H. CLAUDE.
Clinique chirurgicale.....	GOUGEROT.
Clinique ophtalmologique.....	GUILLAIN.
Clinique urologique	LEMIERRE.
Clinique d'accouchements.....	{ CUNEO. GOSSET. GREGOIRE. LENORMANT.
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	
Clinique thérapeutique médicale	
Clinique oto-rhino-laryngologie.....	TERRIEN.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	MARION
Clinique propédeutique.....	{ BRINDEAU. COUVELAIRE. JEANNIN.
Clinique de la tuberculose.....	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	
Professeurs sans chaire	
	PROUST.
	OMBREDANNE.
	RATHERY.
	LEMAITRE.
	Pierre DUVAL.
	SERGEANT.
	N...
	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (E) Pathologie médicale.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BULLJARD..... Histologie.
 CATHALA..... Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY..... Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET..... Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENEAU... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-Laryng.
 HAZARD..... Pharmacologie.
 HUGUENIN..... Anatomie pathologique
 JOANNON..... Hygiène.
 LABBE (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME..... Obstétrique.
 LANTUEJOUL. Obstétrique.

MM-

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
 LEVEUF..... Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY.. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale
 PIEDELIEVRE. Médecine légale.
 PORTES..... Obstétrique.
 RICHET..... Physiologie.
 SANNIE..... Chimie biologique.
 SENEQUE..... Pathologie chirurgicale
 TROISIER..... Pathologie expérimentale
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 VIGNES..... Obstétrique.
 WILMOTH..... Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN..... Physiologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
 ABRAMI Clinique médicale.
 ALAJOUANINE. Clinique médicale.
 AUBERTIN..... Clinique médicale.
 BRULE Clinique médicale.
 CHABROL Clinique médicale.
 CHIRAY Clinique médicale.
 DONZELOT Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 HARVIER..... Clinique médicale.
 LIAN Clinique médicale.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) Clinique médicale.
 SEZARY Clinique médicale.

MM.
 BASSET Clinique chirurgicale.
 BROCO Clinique chirurgicale.
 CADENAT Clinique chirurgicale.
 GATELLIER Clinique chirurgicale.
 HEITZ-BOYER.. Clinique chirurgicale
 MOCQUOT Clinique chirurgicale.
 MOURE Clinique chirurgicale.
 QUENU..... Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ Clinique chirurgicale.
 VELTER Clinique chirurgicale.

MM.
 GUENIOT..... Clinique obstétricale.
 LE LORIER Clinique obstétricale.
 LEVY-SOLAL ... Clinique obstétricale.
 METZGER..... Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé..... Education Physique.
 LEDOUX-LEBARD..... Radiologie clinique.
 WEILL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Qui firent tout pour moi et dont la tendresse et les sages conseils me furent toujours d'un utile réconfort.

Leur vie d'honnêteté, leur dévouement incessant, leurs sacrifices restent pour moi un noble exemple ; qu'ils trouvent ici, la marque la plus touchante de mon profond amour filial et de mon immense gratitude.

A MES SOEURS

A MON FRÈRE

A MES BEAUX-FRÈRES

Pour leur particulière affection.

A MA TANTE ET MON ONCLE

MATHILDE ET JANCO

En gage de ma gratitude.

A MES AMIS

AUX MIENS

A MON MAITRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEREBoullet

PROFESSEUR D'HYGIÈNE ET DE CLINIQUE
DE LA PREMIÈRE ENFANCE A LA FACULTÉ
MÉDECIN DE L'HOSPICE DES ENFANTS ASSISTÉS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A qui nous exprimons notre haute reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse ; qu'il voit aussi ma respectueuse admiration pour son brillant enseignement clinique et pour la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli dans son service.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BAIZE

EX-CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ
ASSISTANT A L'ÉCOLE DE PUÉRICULTURE

Qui a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse et nous a constamment guidé au cours de ce modeste travail, par ses précieux conseils et par son accueil si cordial et encourageant—qu'il veuille bien trouver ici, l'expression de ma profonde reconnaissance et gratitude.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

INTRODUCTION

Nous nous sommes proposé dans ce modeste travail de reprendre l'étude d'une curieuse affection des nouveau-nés sur laquelle le professeur Marfan et ses élèves ont, en France, il y a une dizaine d'années, attiré l'attention.

Il s'agit de *placards indurés* siégeant dans le tissu adipeux sous-cutané du nouveau-né, apparaissant dans les jours qui suivent la naissance, persistant pendant des mois sans altérer l'état général et finissant par disparaître sans laisser de traces.

L'intérêt de cette affection ne réside donc pas dans sa gravité mais surtout dans son étiologie et dans son anatomie-pathologique : elle apparaît en effet comme le résultat du *traumatisme obstétrical* agissant sur le tissu graisseux particulièrement fragile du nouveau-né (avec sans doute l'intervention du rôle du froid), et aboutissant à la saponification locale de la graisse, avec *inflammation secondaire* revêtant le type de *granulome lipophagique*.

Cette affection a été décrite tant en France, qu'à l'étranger sous des noms très divers ; mais nous ne retiendrons que celui d'*Induration cutanée curable du nouveau-né par traumatisme obstétrical* proposé par M. Marfan, qui montre à la fois ses caractères cliniques, son évolution et sa nature étiologique.

HISTORIQUE

Les premières observations de cette affection ont été rapportées il y a une cinquantaine d'années par Cruse (1875 et 1879), sous le nom de « sclérodémie des nouveau-nés ; mais il est probable qu'elle a du être connue de tout temps, et longtemps confondue dans le groupe des « œdèmes » et « sclérème » du nouveau-né. En 1898, Mayerhofer et Neumann publient un cas où ils entrevoient vaguement son origine obstétricale.

Il faut arriver, ensuite, à la publication faite en 1912, par MM. Triboulet, Ribadeau-Dumas et R. Debré, qui sous le nom de « sclérème adipeux en plaques » ont décrit un cas analogue de notre affection ; c'est, en effet, à cette occasion que M. Tollemer, démontre pour la première fois, le rôle du traumatisme obstétrical, dans l'étiologie de l'induration cutanée curable du nouveau-né. En 1915, Morquio de Montevideo rapporte un autre cas sous le nom de « sclérème hypertrophique à évolution favorable ».

Les observations publiées en 1917 par Stowers, en

1918 par Lieberthal (de Chicago), en 1919 par De Elizalde, en 1921 par Pollitzer (de Rome) et par Variot sous le nom de « sclérème localisé », rentrent bien dans le cadre de cette affection.

Le travail de Bernheim-Karrer (de Zurich), paru en 1922 sous le titre de « nécrose du tissu adipeux sous-cutané chez le nouveau-né », ainsi que ses publications ultérieures (1926, 1927, 1933) sont importantes en ce qu'elles précisent la phisiopathologie ainsi que l'étiologie de l'affection.

En 1925, Dubreuilh, Heidler et Kraus observent de nouveaux cas.

En 1926, la publication de deux cas par M. Marfan, l'un avec M. Debray, l'autre avec M. Hallez, une clinique du même auteur et une remarquable revue générale de MM. Marfan et Hallez, font connaître « l'induration cutanée curable obstétricale », tout en précisant son étiologie et ses formes cliniques.

A partir de ce moment, les publications se multiplient et ne font que compléter l'intéressante étude de M. Marfan.

Ainsi, dans la même année, on voit apparaître les publications de Carol et Van der Zande, Harrisson et Mc. Née ; une année plus tard, celles de Ballard et Le Lorier. En 1928, Woringer et Weiner publient une importante étude de notre affection suivie d'un examen histologique faite par M. Oberling. Les observa-

tions ultérieures rapportées par : Coste et Semelaigne, Fischl (1930), Slobosiano, Georgesco et Herscovici, Hallez (1932), Siwe, Foix (1933), Henriët, Babonneix et Diriar, Pichon qui étudient l'affection sous le nom « d'induration lipophagique » (1934) et celles de M. Baize sous le titre de « stéatonécrose sous-cutanée traumatique des nouveau-nés » (1935) constituent une contribution bien intéressante à l'étude surtout étiologique et pathogénique de l'induration cutanée curable du nouveau-né par traumatisme obstétrical.

ETIOLOGIE

Les données anatomo-pathologiques et surtout cliniques dont nous disposons actuellement grâce aux travaux de M. Marfan et de ses élèves, ainsi que ceux faits à l'étranger, permettent d'avoir une idée assez nette de l'étiologie de cette affection.

En effet, deux facteurs sont essentiels à cet égard, ce sont :

1° *Le traumatisme obstétrical* et 2° *le rôle du froid*.

L'action du premier facteur invoquée pour la première fois par M. Tollemmer et ensuite par Bernheim-Karrer a été remarquablement étudiée par M. Marfan.

Le rôle du traumatisme obstétrical est prouvé dans la plupart des cas par le fait que presque toujours il s'agit de *gros enfants* pesant 3 kg. 500, 4 kg. ou même davantage et par conséquent donnant lieu à des accouchements difficiles, prolongés, en particulier chez des primipares un *peu âgées*, à périnée résistant.

En général, ce facteur agit de deux façons qui souvent sont associées. *Tantôt l'accouchement a été*

long et difficile : bassin rétréci, poche des eaux rompue depuis longtemps, lenteur du travail, mauvaise présentation et ces causes ont pour effet d'exercer une *compression très énergique des téguments*, surtout au niveau du dos, des fesses, de la face externe des cuisses, des régions deltoïdiennes, etc... S'il y a eu une application de forceps, on constate que la plaque indurée siège au *point précis* où s'est exercée la compression de la cuiller, dénommé par Heidler « infiltration du forceps ».

Tantôt, on constate que l'enfant *naît asphyxique*, en état de mort apparente et aux traumatismes que l'enfant subit pendant le passage à travers la filière génitale s'ajoutent ceux qui résultent des manœuvres destinées à ranimer le nouveau-né : *manœuvres de Schultze et de Sylvester, les frictions alcoolisées et surtout la flagellation*, lorsqu'elle est exécutée trop vivement (Tollemer).

La plupart des publications ultérieures, surtout celles de Woringer et Weiner, de De Vel et Bolin, de Van Dongen, de Hallez, de Henriët, de Estienny et de Baize ne font que confirmer le rôle « capital » du traumatisme obstétrical dans la production de l'induration cutanée curable du nouveau-né par traumatisme obstétrical.

Certains auteurs font intervenir avec le trauma-

tisme obstétrical, *le rôle du froid*. Dès 1879, Cruse mentionnait le rôle de ce facteur. Lemez, Slobosiano-Georgesco et Herscovici ont pu reproduire expérimentalement par le froid (jet de chlorure d'éthyle) chez des enfants normaux des lésions assez analogues à celles de notre affection. Ils pensent que l'hypothermie cutanée post-natale, accusée chez certains nouveau-nés, paraît être un facteur adjuvant important à côté du traumatisme, dans la détermination de ces lésions, surtout lorsqu'on a affaire à des indurations cutanées étendues. Unshelm, Siwe et Fox, considèrent eux aussi, que « le froid » joue un rôle comme adjuvant d'une certaine importance dans le cas où l'eau froide a dû être employée comme moyen de ranimation et dans d'autres cas il faudrait incriminer la longue exposition à l'air et l'action des bains alternativement chauds et froids. Mais le froid ne suffit pas à expliquer la topographie si spéciale des lésions et son rôle adjuvant reste subordonné à celui « capital » du *traumatisme*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les recherches histo-chimiques permettent d'établir avec une assez grande précision, l'anatomie pathologique de notre affection.

En effet, les travaux de Triboulet, qui le premier fit cette étude sur un fragment de peau prélevé au niveau d'une plaque d'induration, ainsi que ceux de Bernheim-Karrer, de M. Marfan, de Schultz, de Sydak et Wilfand, de Carol et Van der Zande et l'important examen histologique fait par M. Oberling sur un fragment cutané prélevé sur un cas d'induration étudié par M. Woringer nous permet d'affirmer que *les lésions siègent uniquement dans le tissu cellulo-graisseux sous-cutané et respectent les couches superficielles de la peau et que les phénomènes histo-pathologiques dont ces plaques indurées sont le siège se passent dans l'ordre suivant :*

1° *nécrose et saponification du tissu graisseux sous-cutané* avec apparition de *cristaux* à son intérieur. Ces cristaux sont pointus, disposés radiairement en forme de faisceaux, de gerbes ou encore de rosaces

et biréfringents au polarimètre. En ce qui concerne *leur nature*, elle diffère suivant les auteurs. Carol et Van der Zande les considèrent comme étant des *éthers de la cholestérine ou des cristaux de tripalmitine*. Harrisson et Mc. Née, pensent qu'ils sont constitués par de la palmitine, de la stéarine, ou des deux, ou par des glycérides d'acides gras. Ces cristaux ont d'après eux, la solubilité typique *de la graisse neutre*. Cependant, Lecène et Moulonguet considèrent qu'il s'agit de *savons* et Keilmaun et Gray d'*acides gras*.

Autour des produits de cette saponification devenus pour l'organisme des corps étrangers il se produit une :

2^o *réaction inflammatoire intense* qui se traduit par l'envahissement des lobules graisseux, par de nombreuses cellules macrophages, fibroblastes et polynucléaires.

L'aboutissant de ce processus sera une :

3^o *résorption lente de tous ces produits*, car on constate que les cellules graisseuses se vident peu à peu de leur contenu et sont remplacées par un tissu adipo-conjonctif jeune, et finalement il y a :

4^o *restitution du tissu à l'état normal*.

PATHOGENIE

L'étude des circonstances étiologiques si particulières, ainsi que les résultats anatomo-pathologiques, ont permis à certains auteurs et spécialement à M. Marfan et Bernheim-Karrer de rétablir la pathogénie de cette affection.

En effet, plusieurs hypothèses ont été émises par les auteurs pour expliquer le mécanisme suivant lequel se fait la nécrose et la saponification du tissu graisseux sous-cutané au niveau des régions traumatisées ; mais la seule dont il faut tenir compte est celle, soutenue par M. Marfan, Bernheim-Karrer, Lemez, Sloboséano-Georgesco et Herscovici et par la plupart des auteurs actuels qui attribuent ce processus à un mécanisme où le *traumatisme obstétrical* joue un rôle certain et prépondérant.

M. Marfan estime que ce traumatisme est si important, qu'il range l'induration cutanée curable du nouveau-né, dans le groupe d'autres affections obstétricales traumatiques, telles que : le céphalhématome, les hémorragies méningo-encéphaliques, l'hématome du sterno-cléïdo-mastoïdien, la paralysie faciale et la

paralysie radiculaire supérieure du plexus brachial.

Comment agit le traumatisme ? Pour Bernheim-Karrer la graisse du nouveau-né se nécroserait plus facilement que celle de l'adulte parce qu'elle est moins abondante et moins fluide. Knöpfelmacher, Tiemich ont montré que le point de fusion de la graisse du nouveau-né est à 44°6, tandis que celui de l'adulte est de 36°, cela étant la conséquence d'une *teneur en oléine plus faible chez le nouveau-né*.

Les chiffres suivants nous montrent les quantités respectives d'acide palmitique et d'acide oléique qui entrent dans la composition de la graisse du nouveau-né et de l'adulte, d'après les recherches de ces auteurs.

a) *Acide palmitique* 28,97 % chez le nouveau-né et 8,16 % chez l'adulte.

b) *Acide oléique* 67,75 % chez le nouveau-né et 89,8 % chez l'adulte.

De cette composition spéciale de la graisse du nouveau-né, résulte une extrême fragilité non seulement au traumatisme, car elle ne peut échapper à l'écrasement, mais encore au froid. Sloboséano-Georgesco et Herscovici, ainsi que Lemez ont pu reproduire expérimentalement par le froid des lésions analogues à celles de l'induration cutanée curable du nouveau-né.

Mais ce rôle du froid reste subordonné à celui du traumatisme qui est « capital ».

Le mécanisme *intime* de cette nécrose et saponification de la graisse sous-cutanée au niveau des foyers traumatisés, relève probablement d'un *processus diastatique*, semblable à celui qui se produit dans la cytotéatonécrose due au reflux du suc pancréatique.

Lecène et Moulonguet qui ont particulièrement étudié ce point de détail, pensent que le *ferment lipasique* a son origine dans les cellules traumatisées ; et que c'est le traumatisme qui détermine une *ischémie locale* et la mise en liberté de la lipase qui produira la saponification ultérieure de la graisse.

Pour d'autres auteurs, cette saponification est déterminée par une *lipase*, beaucoup moins active que la lipase pancréatique, et qu'elle aurait son origine dans le *sang* et serait mise en liberté au niveau des *régions traumatisées* à la faveur de *petits extravasats sanguins*. Les hémorragies sont trop profondes pour donner lieu à des ecchymoses visibles.

Cette hypothèse a été émise pour la première fois par Bernheim-Karrer, admise par M. Marfan et confirmée plus tard, par les expériences de Linser et Pötschke qui à la suite d'une injection d'auto-sang faite chez des enfants de six mois ont réussi à déterminer une induration au bout de trois semaines et qui a duré six semaines. Schwarzmänn lui-même, confirme cette opinion, par ses expériences faites sur des cobayes.

ETUDE CLINIQUE

L'induration cutanée curable du nouveau-né par traumatisme obstétrical est caractérisée essentiellement par la présence *des placards ou des nodules d'induration* siégeant dans le tissu adipeux sous-cutané. En général, les premières indurations n'apparaissent qu'après *trois* ou *quatre jours*, rarement après le dixième jour, exceptionnellement après le vingtième jour.

Avant leur apparition, la peau ne présente aucune modification autre que celles que l'on observe chez les nouveau-nés sains, c'est-à-dire l'érythrodermie et quelquefois l'ictère. Le développement des nodules et des placards se fait rarement en une seule fois, mais assez souvent par poussées successives. C'est donc, en général, vers la fin de la première semaine, que l'inspection et la palpation du tégument permettent de percevoir les premiers placards d'induration. Ces placards sont plus ou moins nombreux. Il peut n'en exister qu'un ; d'habitude, il y en a plusieurs.

Leurs dimensions sont extrêmement variables : les uns ont l'étendue d'un petit pois, d'autres atteignent les dimensions d'une pièce de deux francs et peuvent aller jusqu'à une paume de main (obs. III). Enfin, on en voit qui sont diffuses et occupent une région entière du tégument. Lorsque l'affection a atteint son complet développement (deux-trois semaines), on constate que les régions atteintes sont celles qui sont le plus exposées aux traumatismes (observ. II) et aussi, souvent, celles qui sont les plus riches en graisse sous-cutanée ; les lésions prédominent donc sur *le dos, les épaules, les régions deltoïdiennes, les lombes, les fesses, le sacrum, la partie antéro-externe des cuisses, les bords du maxillaire inférieur et les tempes.* (cuiller du forceps) ; plus rarement sur la poitrine et aux membres inférieurs ; elles manquent toujours à la face interne des membres, sur l'abdomen et aux plis de flexion, car ces régions sont relativement bien protégées. Les nodules et les plaques sont légèrement surelevés au-dessus du niveau de la peau ; leurs *bords*, nettement perceptibles, les distinguent aisément du tégument environnant. Leur *coloration* est rouge sombre ou violacée au début ; par la suite, elle pâlit progressivement en même temps que se produit une desquamation furfuracée très fine. Leur *consistance* est caractéristique : dure, cartonnée, la peau

donne à leur niveau la sensation d'avoir été « injectée au suif », d'être « blindée » sur une épaisseur qui peut atteindre un travers de doigt : (M. Baize).

Les *contours* sont nets et faciles à délimiter par le toucher ; ils sont à peu près arrondis pour les petits nodules, très irréguliers pour les plaques un peu étendues. La pression ne paraît produire que peu ou pas de douleur ; elle amène seulement et de façon momentanée, une légère décoloration. Il n'y a pas d'ecchymose appréciable. L'induration fait corps avec la peau ; elle glisse au contraire sur les plans profonds. Parfois, elle donne à la main qui la palpe, l'impression d'avoir une température plus élevée que les parties voisines. Ces nodules et placards sont séparés par des intervalles de peau entièrement saine. Une fois que les indurations sont apparues leurs dimensions peuvent augmenter encore un peu pendant les jours qui suivent, mais ensuite leurs caractères et leurs dimensions ne changent plus pendant longtemps. Ces indurations entraînent exceptionnellement des troubles fonctionnels. Goldie rapporte l'observation d'un enfant atteint de cette affection qui présentait une impotence des membres inférieurs. Slobosiano, Georgesco et Herscovici ont noté dans une de leur observation une gêne marquée de la succion. D'autres, ont signalé la suppuration secondaire des placards indurés (Goldie et

Unshelm). Linser et Pötschke ont retiré par ponction au niveau d'un placard induré en voie de ramollissement, un liquide contenant du sang et des masses blanches grumuleuses. Henriët retire également au niveau d'une induration fessière ramollie, un liquide grassex sanguinolent. Mais ces éventualités sont extrêmement rares.

EVOLUTION

La durée de cette affection est assez variable ; elle peut atteindre trois ou quatre mois. En général, on constate qu'après plusieurs semaines, parfois après plusieurs mois, le relief des plaques, leur étendue, leur dureté commence à diminuer progressivement en même temps que la teinte rouge ou rose s'efface peu à peu ; la peau pâlit, desquame finement et reprend sa souplesse. Quand les plaques et les nodosités ont disparu, on ne trouve en général à leur place aucune anomalie de la peau ; cependant dans trois cas., l'un de Cruse, l'autre de Pollitzer et le troisième de Marfan et Debray, il persista, après la guérison, une légère dépression de la peau avec un certain degré d'adhérence aux plans profonds. Ce pointillé en creux, cette dépression était assez nette, au niveau des cuisses et de façon bilatérale, dans l'observation II quatre mois après le début de l'affection. Mais dans la plupart des cas cette affection disparaît sans laisser de traces. Pendant toute la durée de la maladie, l'état général des enfants est d'habitude très bon ;

leur poids augmente régulièrement, il n'y a pas de fièvre.

En ce qui concerne l'état du sang, il a été trouvé à peu près normal, mis à part les résultats des analyses de certains auteurs. Ainsi, Triboulet et ses collaborateurs ont constaté une forte éosinophilie; Keilmann trouva de l'hyperglobulie et une inversion de la formule leucocytaire. Bernheim-Karrer (de Zurich), signale dans deux cas des troubles de la coagulabilité tandis qu'il n'a constaté ni hyperglobulie, ni inversion de la formule leucocytaire. Koegel avait trouvé une diminution des lymphocytes. Dans les observations de Sysak et Wilfand, Corsdress, Fischl, ainsi que dans la plupart des publications récentes, l'examen du sang, montra que les globules rouges sont dans les mêmes proportions et ont les mêmes caractères que chez le nouveau-né sain et que les globules blancs sont seulement un peu plus nombreux qu'à l'état normal. Il en était ainsi dans l'observation I où il existait 23.000 leucocytes dont 60 % de polynucléaires.

L'évolution de l'induration cutanée curable du nouveau-né par traumatisme obstétrical est donc tout à fait favorable et le développement des enfants atteints de cette affection est parfait à condition évidemment qu'ils soient bien soignés et « correctement nourris ».

DIAGNOSTIC

Lorsqu'on en connaît les caractères cliniques et les causes, le diagnostic de l'induration cutanée curable du nouveau-né par traumatisme obstétrical n'offre aucune difficulté.

En effet, on ne peut guère confondre cette affection avec *l'érythème noueux*, non seulement par sa localisation prépondérante sur les membres inférieurs mais surtout parce qu'il est jusqu'ici inconnu chez le nouveau-né, ni avec *l'érysipèle* à siège périombilical, bien moins induré, fébrile, accompagné des symptômes généraux graves et dont l'évolution est le plus souvent mortelle.

Le diagnostic différentiel peut cependant se discuter avec trois autres affections et cela plutôt au point de vue théorique que vraiment pratique :

1^o Avec le *sclérème du nouveau-né*, qui est bien différent de notre affection. En effet, elle ne se voit que chez des prématurés, des grands débiles, des athrepsiques et qui meurent rapidement dans la plupart des cas. Dans le sclérème, il y a toujours de l'hypo-

thermie (34°, 33° et moins). La peau est sèche, la palpation donne l'impression que l'espace sous-cutané est rempli d'une masse dure ; la teinte est gris-bleu ou blanche, avec un dessin quelquefois marbré. Les parties atteintes ont la dureté et la froideur du marbre (Marfan). La localisation des lésions dans le sclérème est très différente de celle de la cytotéatonécrose sous-cutanée traumatique des nouveau-nés. Les lésions débutent par la face postérieure des mollets ; gagnent ensuite les cuisses, les lombes, le dos et l'abdomen, puis les membres supérieurs et la face, atteignent des surfaces étendues, tendent à se généraliser et n'ont pas de limites régulières.

Donc les données cliniques et surtout la notion de cause permettent de séparer nettement ces deux affections :

2° Avec la *sclérodermie* extrêmement rare dans les premiers mois de la vie, mise à part, les deux cas, l'un observé par Cockayne et l'autre par Comby. Dans la sclérodermie, l'évolution est progressive, détermine des atrophies fibreuses de la peau et ne guérit presque jamais. D'ailleurs, une forme de sclérodermie caractérisée par des plaques fibreuses atrophiques (morphée) se différencie nettement de notre affection, par ses plaques de teinte lilas ou violet, qui grandissent assez vite ; leur régression est lente. Au bout de deux à trois ans, l'induration disparaît peu à peu laissant

une atrophie de la peau qui reste blanche et déprimée.

3° Avec enfin, *l'œdème dur sus-puben des nouveau-nés*. Valleix (cité par Fischl) avait décrit cette affection que Marfan rattache comme l'ictère qui l'accompagne presque toujours à des phénomènes physiologiques. Woringer désigne cette affection sous le nom de « sclérodème » ce qui accroît la confusion, car « le sclérème vrai » est également désigné sous ce nom à l'étranger. Une observation se rapportant à cette maladie a été publiée par Blechmann et Mme Ménard. Les caractères cliniques et la nature physiologique de cette affection nous donnent aujourd'hui la possibilité de la distinguer de la cytotéatonécrose sous-cutanée traumatique des nouveau-nés.

OBSERVATIONS

Observation I

Baize — Clinique Parrot
Service de M. le Professeur Lereboullet
à l'Hospice des Enfants Assistés
(*Bull. Méd.*, 12 janvier 1935, p. 23).

Ya....., C..., 10^e enfant, née le 23 juillet 1934, pesant 4 kg. L'accouchement a été facile, mais il y aurait eu procédence du cordon et l'enfant est *née bleue, ne criant pas* : la sage-femme a dû *fortement la flageller* pour la faire revenir à elle. Pendant les jours qui ont suivi la naissance, les parents n'ont rien remarqué d'anormal ; puis, vers le troisième ou quatrième jour sont apparues, l'une après l'autre, *les plaques indurées* qui persistent actuellement sans grandes modifications.

L'enfant est vue pour la première fois à l'âge de six semaines ; poids 4 kg. 150. Au premier coup d'œil, on constate sur toute la largeur du dos, sur les fesses, sur les épaules et à la face d'extension des membres, l'existence de *placards* légèrement surélevés, de coloration *rosée*, mobiles sur les plans profonds, nettement terminés sur leurs bords ; la palpation, indolente, montre que ces placards ont une *consistance cartonnée très dure* : la pression les décolore momentanément, mais ne produit pas de godet. Les *dimensions* de ces plaques varient avec leur siège : le dos est occupé

de haut en bas par un plastron induré qui se continue sur le sacrum et au niveau des fesses ; des plaques plus petites se voient à la face externe des cuisses ; la face externe des bras, des avant-bras et des jambes présente des nodules indurés, moins importants. *La face, l'abdomen, le thorax, le côté interne des membres sont indemnes.*

Par ailleurs, l'état général est satisfaisant, mais l'enfant paraît nettement sous-alimentée et le poids ne progresse que lentement, il n'y a pas de fièvre ; rate, foie et ganglions normaux.

L'enfant étant nourrie au sein on se borne à prescrire l'adjonction d'une cuiller à café de lait concentré pur au milieu de chaque tétée et deux bains journaliers suivis de légères frictions alcoolisées.

La fillette est revue plus tard : les indurations cutanées sont en pleine régression, les plaques ont diminué de largeur par leur périphérie, et leur consistance s'est un peu ramollie ; les nodules des membres ont disparu ; l'amélioration s'est poursuivie.

Observation II

Baize — Clinique Parrot
service de M. le Professeur Lereboullet
à l'Hospice des Enfants-Assistés
(*Bull. Méd.*, 12 janvier 1935, p. 23).

Lo....., C., née le 31 août 1934. Les renseignements recueillis à la Maternité des Enfants-Assistés nous apprennent que l'accouchement à *traîné* en *longueur*, du fait de la lenteur de la dilatation et que la progression nulle de la tête fœtale et l'émission de liquide amniotique teinté ont obligé à terminer l'accouchement par une *application de forceps*.

L'enfant naît vivante et faisant quelques inspirations ;

on est néanmoins obligé de la ranimer par un bain sinapisé et des *frictions alcoolisées*.

On l'examine *trois jours après* : elle présente sur toute la région dorsale du corps et sur la face externe des membres de *larges plaques indurées*, d'un *rouge violacé* plus accentué que la peau avoisinante, mobiles sur les plans profonds, et donnant à la palpation une sensation de peau *injectée au suif*. On trouve ces placards sur le dos (plastron étendu de la deuxième à la douzième vertèbre dorsales sur une largeur de 8 cm.); sur *les fesses* et sur la face postéro-externe *des cuisses*; du côté droit, l'induration s'étend de la région lombaire jusqu'au tiers inférieur de la cuisse, sans interruption. *La face externe des deux bras et des deux jambes* présente des nodules indurés d'aspect analogue, ainsi que le rebord des joues. *La poitrine, l'abdomen, la face interne des membres, les plis axillaires et inguinaux sont indemnes*.

Le reste de l'examen est négatif : l'enfant pèse 3 kg. 540 ; bien qu'il y ait eu un placenta de 700 gr., il n'existe aucun signe d'hérédo-syphilis, et les B.W. du père et de la mère sont négatifs. La rate, le foie, les ganglions sont normaux ; on a pratiqué un examen du sang qui a montré 4.040.000 hématies et 23.000 leucocytes dont 60 % de polynucléaires.

Actuellement, son état général est excellent. Les plaques indurées ont presque complètement disparues et il ne persiste qu'un pointillé en creux au niveau de la face externe des cuisses et de la région fessière.

Observation III

MM. Marfan et Hallez.

Soc. de Péd. de Paris, 9 février 1926, p. 57-59

Nog....., Ye., née le 15 octobre 1924, à terme, après une grossesse normale, pesant 3 kg. 400. C'est une quatrième enfant, dont l'accouchement a nécessité l'usage du forceps.

Les parents sont bien portants ; un enfant est mort à 8 mois de broncho-pneumonie, deux autres enfants de six ans et 19 mois sont en bonne santé. Naissance en état de mort apparente, asphyxique ; cyanose prolongée traitée par la manœuvre de Schultze et même insufflation d'air directement de bouche à bouche ; bains chauds et froids alternativement ; flagellation des joues, du dos, des membres supérieurs, avec la paume de la main. On provoque les premiers mouvements respiratoires et la coloration rosée de la peau, au bout de quelques minutes seulement. En ce moment, les joues sont le siège d'une infiltration dure, ayant les dimensions d'une pièce de deux francs assez régulièrement arrondie. La peau de cette région, d'un rouge foncé est un peu plus chaude que sur le reste du visage ; la palpation qui paraît légèrement douloureuse, donne la sensation d'une boule d'érythème noueux, mais dont les bords seraient plus faciles à délimiter. Le dos présente le même aspect rouge-vineux, mais l'infiltration est continue, en plaques et non disséminée en nodules ; cette infiltration s'étend à droite sans solution de continuité sur la face postéro-externe du bras et les deux tiers supérieurs de l'avant-bras ; du côté gauche, au contraire, l'infiltration du membre supérieur qui est assez superposable à celle du côté droit, ne s'étend pas au delà de l'extrémité supérieure du bras. Un intervalle de peau saine, à limites irrégulières, la sépare de la plaque dorsale. Celle-ci s'arrête assez nettement à la ceinture et reparait sur toute l'étendue du siège, ayant pour limite supérieure les crêtes iliaques et pour limite inférieure les plis fessiers. En largeur, ces infiltrations dures ne dépassent pas le bord postérieur de l'aisselle et sur les fesses, elles s'arrêtent bien en dedans du grand trochanter. A leur niveau, même impression de température un peu plus élevée que sur la peau saine, rougeur diffuse un peu vineuse, que la pression du doigt fait pâlir momentanément sans former de godets, mais en déterminant, semble-t-il, une légère douleur. Impossibilité de plisser la peau sur les régions atteintes, d'ailleurs

peu mobiles sur les plans profonds des membres inférieurs les côtes du tronc, l'abdomen et la poitrine sont absolument indemnes. Ajoutons que la température est à 36°8. Le 12 novembre, l'aspect des téguments est absolument semblable, l'enfant pèse 3 kg. 700, a une température de 37°1. La cuti-réaction est négative, la séro-réaction de B.W. et celle de Hecht sont négatives chez la mère et chez l'enfant. Il n'a été possible de faire une biopsie. On a pratiqué ce jour-là un examen hématologique : hémoglobine 90 % ; globules rouges 3.560.000 ; globules blancs 11.200 ; polynucl. neutrophiles 58,2 % ; polynucl. éosinophiles 1,6 % ; lymphocytes 28,8 % ; grand mononucléaires 1,2 % et de formes intermédiaires 10,2 %. Temps de coagulation (méthode de Ch. Achard et Léon Binet) : 7 minutes.

Le 19 décembre 1924 : poids 4 kg. 150. Excellent état de nutrition. Il persiste, dans l'épaisseur de chaque joue, une petite infiltration à peine visible, parce que la peau est de coloration presque normale, mais encore facilement palpable et ayant à peu près les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Sur la poitrine, 2-3 petits nodules de la région pectorale assez semblable à des éléments d'érythème noueux. Sur le dos, l'infiltration est beaucoup moins étendue, la rougeur moins accentuée, la palpation ne semble pas douloureuse et la peau se laisse plisser facilement.

20 février 1925 : il persiste seulement une infiltration nodulaire d'ailleurs peu importante des deux joues. Tout le reste des téguments est redevenu normal. Cette infiltration des joues disparaît beaucoup plus lentement et vers l'âge de dix mois on en perçoit encore les vestiges à la palpation. Par la suite l'enfant s'est bien développée et il ne reste actuellement plus trace des lésions initiales (examen du 23 novembre 1925).

Observation IV

MM. Marfan et y. Debray.
Soc. de Péd. de Paris, 9 février 1926, p. 61.

Enfant d'un mois né à la clinique Tarnier, le 6 janvier 1926, à terme d'une mère bien portante, mais présentant un bassin un peu étroit et un périnée exceptionnellement résistant. L'enfant étant lui-même très gros, puisqu'il pesait 4 kg. 400 à la naissance, l'accouchement fut très difficile. La descente et le dégagement de la tête exigèrent une application de forceps pénible; le dégagement des épaules fut également très difficile. Cependant l'enfant respira dès sa naissance et aucune des manœuvres habituelles contre l'asphyxie ne fut nécessaire. On constata dès les premiers jours, et on constate encore, plusieurs lésions en rapport avec le traumatisme obstétrical.

1° *Un hématome* assez considérable occupant presque toute la moitié inférieure de la gaine du sterno-cléido-mastoïdien, à gauche. Cet hématome est actuellement en voie de régression assez rapide et il ne subsiste plus qu'une induration ligneuse du 1/3 inférieur de ce muscle; en outre une petite fistule en rapport avec l'hématome, par laquelle s'écoulait un peu de liquide séro-sanguinolent est presque complètement cicatrisée. On note de plus un peu d'asymétrie faciale du même côté.

2° *Une paralysie radiculaire supérieure du plexus brachial* qui ne s'améliore que très lentement; maintenant encore le deltoïde, le biceps et le brachial antérieur, le long supinateur sont paralysés; le bras pend le long du corps ainsi que l'avant-bras qui est, en outre, en hyperpronation; et si on tente d'élever le bras ou de fléchir l'avant-bras, ces deux segments du membre retombent en position verticale. Par contre les mouvements des doigts et du poignet sont parfaitement conservés.

3° Une fracture consolidée de la partie moyenne de la clavicule droite, révélée par la radiographie et dont on perçoit le cal à la palpation.

4° Enfin une induration en plaque de la peau, au niveau de l'apophyse zygomatique et de l'os malaire, au-dessous de la tempe droite. Cette plaque d'une dureté ligneuse a les dimensions d'une pièce de deux francs ; elle est légèrement ovoïde, allongée d'arrière en avant. Elle fait corps avec la peau, qui, à ce niveau, est rouge, irrégulière, en peau d'orange et qu'on ne peut plisser ; elle ne forme cependant qu'un relief léger. Cette plaque n'est pas adhérente aux plans profonds sur lesquels elle glisse facilement. Les dimensions ont tendance à diminuer. Elle correspond à l'application de la cuiller du forceps, la peau ayant été écrasée entre le métal et le plan osseux résistant de l'os malaire et de l'apophyse zygomatique. Par ailleurs, la nutrition et la croissance de l'enfant sont très satisfaisantes. L'allaitement maternel ayant été impossible cet enfant a été nourri au biberon jusqu'à un mois ; actuellement, il commence à prendre du lait condensé. Depuis son entrée aux Enfants Assistés son augmentation de poids est en moyenne de 27 gr. par jour.

Observation V

Bernheim-Karrer (de Zurich).

Schweizerischen medizinischen Wochenschrift, n° 1, 1922.

St..., W..., premier enfant, garçon de 3 kg. 780, né en février 1921. Mère de 31 ans. Présentation du front, manœuvres obstétricales difficiles. Le troisième jour, admis à l'hospice des nourrissons pour convulsions et pâleur du visage, fontanelle distendue et sutures écartées. Ponction lombaire, liquide sanglant démontrant l'existence d'une hémorragie méningée. Temps de coagulation onze minutes

et demie. Le onzième jour, l'examen hématologique donne : hémoglobine 55 % ; globules rouges 2.420.000 ; globules blancs 18.400 ; polynucl. neutrophiles 56,8 % ; polynucl. éosinophiles 1,2 % ; lymphocytes 28,8 % ; mononucléaires 10,8 % ; plasmazellen, 0,8 % ; globules rouges nucléées 1,6 % ; temps de coagulation huit minutes.

Le vingtième jour, on aperçoit neuf nodules ayant les dimensions d'une lentille à celles d'un pois, la peau est rouge, luisante à leur niveau, ils ne sont pas douloureux ; ils paraissent intradermiques et mobiles sur les plans profonds. Deux autres nodules à droite et à gauche de la marge de l'anus. Ponction lombaire : liquide céphalo-rachidien normal. Nouvel examen du sang : globules blancs 13.200 ; polynucl. neutrophiles 52,4 % ; polynucl. éosinophiles 3,6 % ; lymphocytes 36,8 % ; mononucléaires 7,2 % ; biopsie suivie d'une fièvre éphémère à 39° 2.

Le vingt-deuxième jour, deux nouvelles petites plaques sur le dos.

Le vingt-troisième jour, trois nodules supplémentaires, alors que les premiers diminuent peu à peu. Le vingt-cinquième jour et le vingt-neuvième jour, nouveaux nodules sur le dos et le menton. Le trente-deuxième jour et le trente-cinquième jour, deux nouveaux éléments semblables qui disparaissaient rapidement. Le soixante-neuvième jour, la peau est redevenue normale, souple ; ni desquamation, ni cicatrices. Les éléments sont restés séparés les uns des autres. Allaitement mixte. Cuti-réaction et réaction de Wassermann négatives. Croissance et état général parfaits.

Observation VI (résumée)

Bernheim-Karrer (de Zurich).

Schweizerischen medizinischen Vochenschrift n° 1, 1922.

Fa....., E., fille de 4 kg. 380, née le 9 juin 1920, à la maternité ; transférée quelques jours après à l'hospice

cantonal des nourrissons. Cinquième enfant dont la mère âgée de 45 ans. L'enfant est née en état de mort apparente. On la ranime par *la manœuvre de Schultze*. Le septième jour, on note pour la première fois sur le dos, une *induration* ressemblant à du sclérème. Le onzième jour, la plaque est scléro-œdémateuse. Les jours suivants, on constate des plaques d'induration occupant presque toute la largeur du dos, la face externe de deux bras et l'angle de la mâchoire gauche. Vers le trente-sixième jour on remarque une régression des nodules et vers le soixante-sixième jour, la peau est tout à fait lisse partout, souple et de coloration normale.

L'enfant a été nourrie au sein de sa mère, la croissance était normale, aucun trouble digestif, pas de fièvre. Réaction de Wassermann négative, cuti-réaction négative.

Observation VII (résumée)

Bernheim-Karrer (de Zurich).

Schweizerischen medizinischen Vochenschrift n° 1, 1922.

Garçon de 3 kg. 800; mère primipare, application de forceps. Quelques jours après la naissance, présentait sur la joue gauche deux petites *indurations*, peu proéminentes, non douloureuses. Sur la face postéro-externe des bras, on constate une plaque plus étendue. Aucun autre renseignement. Evolution inconnue.

Observation VIII (résumée)

(Babonneix et Diriar)

Soc. de Pédiatrie de Paris, 20 novembre 1934.

Nourrisson présente, quelques jours après la naissance, un placard rouge violacé qui occupait la région dorsale.

L'enfant est né en état de mort apparente, avait été fortement flagellé. Ces placards d'induration ont rétrocedé rapidement et spontanément.

Observation IX (résumée)

Estienny

Soc. d'obst. et de Gynéc. t. XXII, p. 711-712, octobre 1933.

Primipare de 21 ans. Travail depuis 48 heures ; souffrance fœtale manifeste. Rachianesthésie. Dilatation artificielle bimanuelle. Prise de forceps en O.I.D.P. Descente puis rotation extrêmement pénibles. Au bout d'un quart d'heure extraction d'une fille de 4 kg. 200, cyanosée, ranimée par des bains, flagellations ; présente une parésie faciale droite qui disparaît au bout d'une semaine. Le quatrième jour, on relève sur la joue, précisément au niveau où l'empreinte de la cuiller du forceps est encore légèrement visible, un placard induré faisant corps avec la peau, de la dimension d'une pièce de deux francs, de coloration rouge sombre, piqueté à sa surface (peau d'orange), non douloureux. Le placard s'étend et atteint la grandeur d'une pièce de cinq francs, tandis que la coloration pâlit régulièrement.

Au bout de quelques semaines la régression se fit et la peau devint rosée.

Observation X (résumée)

Siwe

yahrb. k. Kinderh. t. CXXXXI, p. 1-34.

Fille d'un mois, parents sains. Premier enfant ; pesait 4 kg. 270 à la naissance. Légère asphyxie post-natale : bains, bouillottes. L'enfant est amenée à la clinique à l'âge d'un mois, pour des indurations qui sont apparues vers le

quinzième jour. Localement, on constate que le tégument est épaissi dans la région pubienne et sur la grande lèvre. Pas de sensibilité. L'induration est rouge et a comme dimensions 5 cm × 6 cm. Il existe de petites infiltrations abdominales. Dans la région trochantérienne, siègent deux plaques grandes comme une main d'enfant. Aux deux régions deltoïdiennes et pectorales, on note des plaques entourées de petits îlots ; les jambes sont indemnes ; également les avant-bras, les pieds, les mains, le cou, la face et le cuir chevelu. La petite malade présente un bon état général. La réaction de Wassermann est négative chez la mère et chez l'enfant. On pratique une biopsie. Les lésions diminuent, puis disparaissent, mais l'élasticité cutanée ne redevient pas encore normale.

Observation XI (résumée)

Fox

Arch. of Dermatol. Syph.t. XXVII, p. 237-252
(fév. 1933).

Septième enfant d'une mère de 45 ans obèse. Wassermann négatif chez la mère et l'enfant. Présentation du siège, pèse 4 kg. 310 à la naissance. L'enfant née asphyxique est ranimée par des bains chauds et froids ; huit jours après, présente des indurations aux fesses, dans le dos et à la partie moyenne des cuisses. L'induration siégeant dans le dos devient fluctuante. Evolution inconnue.

Observation XII (résumée)

Fox

Arch. of. Dermatol. et Syph. t. XXVII.
p. 237-252. février 1933.

Fillette née d'une mère primipare âgée de 29 ans. Accouchement très difficile, application de forceps. L'enfant est

née asphyxique ; pèse 3 kg. 400. Elle a subi des traumatismes à la ranimation. Allaitement au sein. Les indurations apparaissent à deux semaines et demie.

Un mois plus tard, on voit de larges infiltrations siégeant dans les 4/5 inférieurs du dos, à la partie postéro-externe des cuisses, et sur la moitié supérieure des fesses. Il existe des surfaces circonscrites dans la région pubienne et vulvaire. L'enfant est bien nourrie. Son poids augmente à 4 kg. 300.

Les lésions diminuent progressivement, celles du dos et de la vulve sont les dernières à disparaître. Trois mois et dix jours après le début de cette affection, tout revient à la normale.

Observation XIII (résumée)

Fox

Arch. of Dermatol. et Syph. t. XXVII.

p. 237-252, février 1933.

Primipare de 23 ans. Réaction de Wassermann négative. L'enfant de 3 kg. 750 est né avec application de forceps ; après la délivrance, bains chauds, injection intramusculaire du sang maternel ; des indurations cutanées apparaissent le dixième jour, couvrant tout le dos, le siège, la partie postéro-externe des hanches et des cuisses et l'angle gauche du maxillaire. Au bout de quelques temps, les lésions commencent à regresser.

Observation XIV (résumée)

Slobosiano-Georgesco et Herscovici

Le nourrisson, t. XX, p. 197-219, juillet 1932.

Enfant né à son domicile. Application de forceps au détroit supérieur. La première prise dérape, on est obligé

d'en faire une deuxième. L'enfant pèse 5 kg. 250. Les premiers jours, l'enfant tète bien. Puis la succion devient de plus en plus difficile. A deux semaines, apparaît à la joue droite un nodule de 1 cm. 5 de diamètre, un peu en avant de l'oreille, un autre nodule au niveau du masseter, deux enfin près du menton. La joue gauche est le siège de trois nodules. A deux mois, les lésions pré-auriculaire et masséterienne persistent. Les nodules du menton ont disparu. A deux mois et demi, tout est rentré dans l'ordre, l'enfant tète bien.

Observation XV (résumée)

Unshelm

Monatsch. f. Kinderheilk. t. LII.

p. 321-331, 1932.

Primipare de 22 ans. Application de forceps. Episiotomie. Extraction manuelle du placenta. L'enfant pèse 4 kg. 400, est né asphyxique. Infiltration de forceps à la joue droite, une autre plaque siège devant l'oreille gauche et au-dessous de l'articulation du maxillaire gauche et enfin une dernière induration siège sur la mastoïde gauche. Evolution inconnue.

Observation XVI (résumée)

Linser et Pötschke

Dermatol. Ztschr. t. LXII, p. 53-62, 1931.

Primipare de 32 ans. L'accouchement a été très difficile. Application de forceps. L'enfant pèse 4 kg. 625. Le neuvième jour, rougeur et gonflement de la région trochantérienne droite. Les jours suivants apparaissent *des indurations aux épaules, sur le dos, au siège, sur les cuisses*. Certaines de ces indurations s'ulcèrent. Tendance lente à la guérison

Observation XVII (résumée)

Linser et Pötschke

Dermatol. Ztschr. t. LXII, p. 53-62, 1931.

Primipare de 39 ans. Les douleurs de l'accouchement durent sept jours. Application de forceps. L'enfant pèse 4 kg. 200, né asphyxique. Stimulation de la peau. Peu après, on note des hématomes multiples. Quinze jours plus tard, la température est à 38°4, des indurations apparaissent, l'épiderme est rouge violacé sur la joue droite, sur l'épaule gauche, sur les deux mamelons. Toutes ces régions sont le siège d'indurations. La troisième semaine, apparaissent d'autres placards indurés à la partie droite du cou, dans l'aisselle gauche, dans le dos et aux extrémités. La régression des lésions se fait lentement. Le tégument redevient normal.

Observation XVIII (résumée)

Fischl

Revue française de Pédiatrie, t. VII, n° 4, 1931,
p. 441-445.

Fillette de 4 kg. 500 ; accouchement difficile, nécessitant une application *de forceps*. L'enfant présentait à la joue gauche une infiltration dure de la grosseur d'une pièce d'une couronne, persistant encore après trois semaines, à surface légèrement rouge, un peu sensible à la pression, par conséquent juste à l'endroit où a été appliqué le *forceps*. Evolution favorable.

Observation XIX (résumée)

Woringer et Weiner

Revue Française de Pédiatrie, t. IV, février 1928 p. 59-61

Garçon, second enfant d'une mère à bassin rachitique, né à terme. L'extraction de l'enfant fut faite par une césarienne. L'enfant est né asphyxique, on le ranima par des affusions froides et des flagellations sur les fesses et le dos. Poids 3 kg. 500 à la naissance. Le 18^e jour, on voit apparaître une *induration cutanée* de la joue droite, à la partie latérale droite du thorax, un peu sous la pointe de l'omoplate, aux cuisses et aux fesses, la peau semblait fixée aux noyaux d'induration ; elle n'était pas douloureuse et ne formait pas de godet à la pression.

Avec cela l'état de l'enfant était bon. La réaction de Wassermann était négative. Quelques jours après apparut un nouveau foyer d'induration entre les omoplates. Six jours après l'apparition des premières indurations, un noyau fut excisé pour un examen microscopique. L'affection commença à régresser vers la quatrième semaine et disparut ensuite complètement.

Observation XX

Variot

Traité des maladies des enfants du premier âge
1921, p. 784-785.

Au... G., enfant à un mois et demi, pèse 4 kg. 300, mesure 56 cm. Aucune malformation, aucun stigmate de syphilis ; apporté à la consultation des Enfants Assistés en 1913. On constate : une induration très prononcée de la peau, s'étendant en deux bandes longitudinales symétriques, larges de trois travers de doigt, sur la face externe

des deux cuisses depuis l'épine iliaque antéro-supérieure jusqu'au voisinage du genou. La peau offre une dureté remarquable ; elle est tendue, sa surface est unie, on ne peut réussir à la pincer, elle fait corps avec les tissus et ne glisse pas sur les muscles sous-jacents ; elle ne conserve pas l'empreinte des doigts ; elle a la consistance du suif, paraît congelée, sa coloration est blanche. La température est un peu modifiée ; on n'a pas, en la touchant, la sensation de froid. Une induration semblable de la peau se retrouve encore en deux endroits : sur la joue gauche, induration de forme circulaire de la dimension d'une pièce de deux francs en avant du conduit auditif, n'empêchant pas du reste la succion. Enfin, de chaque côté de la rainure interfessière au niveau de l'orifice anal, on note la présence de deux nodules du volume d'une noisette, enchassés dans le derme.

Ces diverses indurations cutanées sont indolores et ne gênent nullement le développement de l'enfant. L'accouchement a été laborieux et a coûté la vie à sa mère. Il ne présentait rien à la naissance, ni dans les jours suivants, seulement dans la deuxième semaine il eut un érythème intense des fesses et des cuisses. Bien que chez ce malade rien ne peut faire penser à la syphilis, on fait une prise de sang, la réaction de Bordet fut cependant faiblement positive chez le père ; la mère n'avait jamais été malade, n'avait pas eu de fausses couches antérieures. On conseilla toutefois les frictions quotidiennes d'onguent napolitain, mais la tante ne les commença que tardivement et déclara que l'induration des plaques avait déjà diminué avant le traitement fait d'ailleurs de façon intermittente. Quoiqu'il en soit six semaines après, l'*induration* a complètement disparu. La peau est redevenue souple, rosée, fine, ayant repris son aspect normal. La guérison s'était produite en l'espace d'un mois. L'enfant à cinq mois 1/2 pèse 6 kg. 200 et mesure 63 cm., il s'est donc bien développé, à signaler simplement une légère plagio-céphalie et un peu d'érythème fessier tout à fait banal ; par contre pas le moindre accident

syphilitique n'est apparu. La réaction de Bordet refaite dernièrement a donné un résultat négatif.

Observation XXI

Lieberthal (de Chicago)

The Journal of cutaneous diseases, janvier 1918, p. 29.

Fille de onze jours, présentant depuis deux jours une *induration cutanée* rouge foncé de la partie supérieure du dos. Il s'agissait d'un quatrième enfant né à terme avec un poids de 4 kg. 190. Début de l'affection, le neuvième jour de la vie ; aucun antécédent héréditaire intéressant ; pas de renseignements sur l'accouchement. Deux jours plus tard apparut un nouveau foyer à l'épaule gauche, séparé du premier par de la peau saine. La température était légèrement augmentée au niveau des foyers d'induration. Vers la quatrième semaine l'affection commença à régresser et disparut presque complètement vers la sixième semaine. L'état général satisfaisant.

Observation XXII (résumée)

Triboulet-Ribadeau-Dumas et Debré

Soc. de Pédiatrie de Paris, 14 mai 1912, p. 199.

Enfant de cinq semaines qui présente sous la peau des noyaux indurés, en partie diffus, en partie nettement circonscrits, adhérents à la peau ou indépendants. Ces foyers siègent aux avant-bras, aux flancs, dans le dos, aux cuisses et aux épaules, au front et aux joues, les plus grands dans le creux poplités et au cou. A un endroit, il y avait de la fluctuation. La température est élevée ce qui fait admettre aux auteurs qu'il s'agit d'un processus septique. L'enfant

est *né asphixique* et montra, dès le deuxième jour, l'induration des joues ; les indurations régressèrent plus tard. Ces auteurs constatèrent une forte éosinophilie.

Observation XXIII (résumée)

Neumann

Arch. f. Kinderh. t. XXIV, 1898, p. 24).

Nouveau-né mis au monde avec forceps ; poids 5 livres et 1/2. L'enfant présenta pendant les premiers jours de sa vie une mastite et une suppuration ombilicale.

L'induration cutanée apparut le quinzième jour à l'épaule gauche.

La peau à ce niveau était légèrement teintée en rouge et un peu sensible à la pression ; des foyers semblables siégeaient au niveau de l'épaule droite et aux fesses. Le haut du dos était rouge et eczémateux.

Après 5 jours, l'infiltration de l'épaule gauche commença à régresser. Au bout d'un mois et demi toutes les indurations régressèrent nettement.

CONCLUSIONS

1° L'induration cutanée curable du nouveau-né par traumatisme obstétrical ou la cytotéatonécrose sous-cutanée traumatique des nouveau-nés est une affection relativement rare, dont l'apparition est essentiellement liée *au traumatisme* subi par les enfants *soit pendant l'accouchement* (gros enfants, bassin rétréci, lenteur du travail, application de forceps), *soit après l'accouchement*, lorsqu'on a du employer des manœuvres destinées à ranimer l'enfant (flagellation surtout).

2° Cette affection est caractérisée par l'apparition de *placards indurés*, non douloureux, mobiles sur les plans profonds, nettement limités ; de dimensions variables, siégeant avec élection aux points les plus exposés du tégument (dos, région lombo-sacrée, face externe des cuisses et des bras).

Ces placards n'ont aucun retentissement sur l'état général et sur la croissance de l'enfant.

3° Son diagnostic est des plus évident et la discussion avec le sclérème, la sclérodermie et l'œdème

dur sus-pubien des nouveau-nés est plus théorique que pratique.

4° Le mécanisme de cette affection, peut être schématisé comme suit :

a) *nécrose et saponification du tissu adipeux sous-cutané du nouveau-né.*

b) *inflammation secondaire et résorption lente* de ce tissu ainsi modifié par un processus qui rapproche l'induration cutanée curable du nouveau-né par traumatisme obstétrical des granulomes.

Toutes ces modifications étant dues en dernier ressort à l'action du *traumatisme local*.

Vu, le Doyen :
ROUSSY.

Vu, le Président,
LEREBoullet.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Abels.** — « Sclérodermie du nouveau-né », (*Wien, M. Woch.*, t. LXXVII, p. 1498, 1927).
- Acuna et Winoeur.** — « Induration cutanée curable du nouveau-né (*Arch. Esp. de Ped.*, février 1928 p. 94).
- Babonneix et Dériart.** — « Un cas de cytotéatonécrose chez un nouveau-né », (*Soc. de Péd. de Paris*, 20 nov. 1924).
- Baize.** — « Stéatonécrose sous-cutanée traumatique des nouveau-nés ». (*Bull. Méd.*, 12 janvier 1935, p. 23-26).
- Ballard.** — « Un cas d'induration cutanée bénigne du nouveau-né ». (*Bull. et Mém. Soc. Méd. et Chir. de Bordeaux*, 1927, p. 337).
- Bernheim-Karrer** (de Zurich). — « Über subkutane Fettgewebsnekrosen beim Neugeborenen », (*Schweizerischen Med. Woch.*, 1922, n° 1 et 1^{er} juillet 1927, p. 673. — *Zeitschr. f. Kinderk.*, t. XXXXII, 1926, p. 658 et t. LV, 1933, p. 695).
- Bettinotti.** — « La sclérose adipeuse circonscrite du nouveau-né ». *Arch. Esp. de Péd.*, fév. 1928, p. 107.
- Bindschelder et Melle Phelizot.** — « Cytostéatonécrose des fesses (granulome lipophagique) », *Strasbourg Médic.* 25 novembre 1930.
- Blechmann et Mme Menard.** — « Oedème dur (scléroedème), génito-suspubien du nouveau-né », *Soc. de Ped. de Paris*, t. XXXI, janvier 1933, p. 31-33.

- Bruin (De).** — *Adiponécrose sous-cutanée du nouveau-né* ». *Nederl. Pijdschr. v. Geneesk.*, 9 mars 1929, p. 1221).
- Canino.** — « Contribution à l'étude de l'induration cutanée curable par traumatisme obstétrical », (*ref. Zentralbl. f. Dermat.* t. XXI, 1929, p. 815. *Rinasc. Med.* t. VI, 1^{er} juin 1929, p. 260).
- Carol et Vander Zaude.** — « Cytostéatonécrose du nouveau-né ». *Acta. Dermat. Vener.*, t. VIII, fasc. 1^{er} mars, 1926.
- Carreno.** — « Induration cutanée curable du nouveau-né » *Arch. Argent. d. Ped.*, mai 1931, p. 265.
- Cockayne.** — « Congenital and acured sclerodermia in childhood, (*Brit. journal of childhood*, août 1916, *Arch. of Dermatol u. Syph.* t. CXXV, 1920, p. 409.
- Corsdress.** — « Zirkumskripte symetrische Fettsklerose der Säuglinge » (Sogenamte sklerodermie). *Jahrb. f. Kinderh.*, t. LXXIV, août 1929, p. 342.
- Coste et Semelaigne.** — « Induration cutanée curable du nouveau-né. (*Soc. de Péd. de Paris*, t. XXVIII, 1930, P. 559.
- Cruse.** — « Sclérodermie des nouveaux-nés », (*Jahrb. f. Kinderh.*, t. XIII, 1875. *Nue Folge*, 1879, t. XIII, p. 35. *St. Petersb. M. Woch*, n° 5, 1897.
- Deherripon.** — « Induration cutanée curable des nouveau-nés » *Journ. Médic. Fac. libre de Méd. de Lille*, juin 1932
- Dongen (Van).** — « Adiponécrose sous-cutanée du nouveau-né ». *Nederl. Maandschr. v. Geneesh.* t. XIV, 1927, p. 88.
- Diss-Woringer.** — « Les fausses sclérodermies du nourrisson ». *Soc. franç. de dermat. et syph.* p. 960-972, juillet 1929.
- Elizalde (De).** — « Sclérodermie », *Semana Medic.*, 27 novembre 1919, p. 696.

Epstein et Barash. — « Subcutaneous fat necrosis », (*Amm. J. of Dis. of Child*, août 1930).

Estienny. — « Cytostéatonécrose sous-cutanée du nouveau-né ». *Soc. d'Obst. et de Gynec.* t. XXII, octobre 1933, p. 711).

Feldstein. — « Sclérema neonatorum », *Pensylvania Med. J.* t. XXXVI, septembre 1933, p. 921.

Fischl. — « Cytostéatonécrose du nouveau-né », *Rev. Franc. de Péd.*, t. VII, n° 4, 1931.

Fox. — « Subcutaneous fat necrosis of new born ». (*Arch. Derm. and Syph.* t. XXVII, 1933, p. 237).

Gironcoli. — « Un cas d'induration cutanée curable du nouveau-né ». *Rev. di Clin. Ped.* t. XXVI, mars 1928, p. 165).

Goldie. — « Sclérème du nouveau-né », *The Brit. med. Journ.* 1930, p. 1000.

Gray. — « On identity of adiponecrosis subcutanea neouatorum », *Brit. J. of Dermat.* t. VL, décembre 1933, p. 498

Hallez. — « Nouvelle contribution à l'étude de la cytos-téatonécrose du nouveau-né ou induration cutanée d'origine obstétricale, *Prat. Méd. Franç.* t. XIII, octobre (A.), 1932, p. 663.

Harrisson. — « Sclérème des nouveau-nés », *Arch. of Dis. in Childh.* t. I, avril 1926, p. 63 et *ibidem*, juin 1926, p. 123.

Knöpfelmacher. — cité par MM. Marfan et Mallez dans leur article sur l'Induration cutanée curable du nouveau-né, (*Nourrison*, juillet 1926, p. 226).

Kraus. — « Etude clinique et anatomique de la sclérodermie chez l'enfant » *Festschrift de Fischl*, Prague 1925.

Le Lorier. — « Sclérodémie curable du nouveau-né », *Soc. de Péd. de Paris*, t. XXV, p. 166, mai 1927.

Lemez. — « Beitrag zur Pathogenese der subcutaneu Fettgewebsnekrose Neugeborener », *Zeitschr. f. Kinderh.* t. IVL, 1928, p. 323.

Lieberthal (de Chicago). — « Sclérodémie », *The J. of cutan. dis.*, janv. 1918, p. 29.

Linser et Pötschke. — « Unschriebene Fettnekrose der Neugeborenen », *Dermatol. Zeitschr.* t. LXII, 1931, p. 53).

Marfan. — « Induration cutanée curable du nouveau-né par traumatisme obstétrical », *Clinique des Maladies de la première enfance*, t. II, pp. 339-349, 1928.

Marfan et Haliez. — « Induration cutanée curable du nouveau-né par nécrose traumatique du tissu celluloadipeux », (Pseudosclérodémie du nouveau-né), *Nourrisson*, juillet 1926, p. 226. *Soc. de Péd. de Paris*, 9 février 1926.

Marfan et Debray. — « Induration cutanée curable du nouveau-né », (Sclérodémie des nouveau-nés de certains auteurs). *Soc. de Péd. de Paris*, 9 février 1926.

Mayerhofer. — « Sclérodémie des nouveaux-nés », *Jahrb f. kinderk.*, t. LXXXI, 1898.

Morquio. — « Sclérème hypertrophique à évolution favorable *Arch. Lat. Amer. de Ped.* mai-juin 195.

Neuman. (N.) — « Sclérodémie des nouveau-nés », *Arch. f. Kinderh.*, t. XXIV, 1898, p. 24.

Paradiso. — « Contribution à l'étude de la cytotéatonecrose sous-cutanée du nouveau-né », *Il lattante*, février 1932, p. 108.

Pichon. — « Induration lipophagique », *Traité de Méd. des enf. de Nobécourt et Babonneix*, t. I, p. 398, 1934.

Pollitzer (de Rome). — « Sclérème du nouveau-né », *Riv. di Clin. Ped.*, 1921, p. 435.

Schwarzmann. « Oléogranulème », *Ann. de Derm. et Syph.*, mai 1930, p. 475.

Siwe. — Zur pothogenese der adiponecrosis subcutanea », *Acta Path. supp.* 16, 1933, p. 438-459.

Slobosiano-Georgesco et **Herscovici**. — « Contribution à l'étude de l'induration cutanée curable des nouveau-nés », *Soc. de Péd. de Paris*, t. XXX, mars 1932, p. 165
Nourrisson, t. XX, juillet 1932, p. 197.

Sysak et **Wilfand**. — « Nécrose graisseuse sous-cutanée du nouveau-né due à un trouble traumatique du métabolisme cholestérinémique ». *Méd. Klin*, t. XXIII, septembre 1927, p. 1452.

Tollemmer. — « Sclérème adipeux en plaques », *Soc. de Péd. de Paris*, 1912, p. 208.

Triboulet, **Ribadeau-Dumas** et **Debré**. — « Sclère me adipeux en plaques », *Soc. de Péd. de Paris*, 14 mai 1912 p. 199.

Variot. — « Sclérème localisé », *Traité des Maladies des enfants du premier âge*, p. 783-785 1921.

Vel (de) et **Bolin**. — « Traumatic necrose of subcutaneous fat of new born infant », *Am. journ. Dis. Child.* t. XXXVII, janvier 1929, p. 112-120.

Woringer et **Weiner**. « Cytostéatonécrose du tissu sous-cutané, chez le nouveau-né, *Rev. Franc. de Péd.* t. IV, février 1928, p. 57-76.

Zocchi. — « Induration cutanée curable du nouveau-né par traumatisme obstétrical », *Riv. d'Obst. e. gynec. prat.* t. XIV, août 1932, p. 335.

Zubizaretta. — « Induration cutanée curable du nouveau-né », *Semana Medica*, t. II, 2 août 1928, p. 259.

Imprimerie F. BOISSEAU, 34, rue du Taur. — TOULOUSE